

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 124

LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES

ET EN PARTICULIER DU FIBROME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

Jean DUBLANC

Né le 30 JUILLET 1889, à SABRES (Landes)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. LAGRANGE	professeur. <i>Président</i>
		POUSSON	professeur.
		CHAVANNAZ	professeur. <i>Juges</i>
		CABANNES	agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ & C^{ie}

439, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1923

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 124

LE DIAGNOSTIC
DES
TUMEURS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES
ET EN PARTICULIER DU FIBROME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

Jean DUBLANC

Né le 30 JUILLET 1889, à SABRES (Landes)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. LAGRANGE	professeur. <i>Président</i>
		POUSSON	professeur.
		CHAVANNAZ	professeur. <i>Juges</i>
		CABANNES	agréé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1923

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen R. UNIV

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale { ARNOZAN	Clinique ophtalmologique LAGRANGE
Clinique chirurgicale. { CASSAËT	Clinique chirurgicale in-
Pathologie et théra- CHAVANNAZ	fantile et Orthopédie DENUCÉ
peutique générales . CRUCHET	Clinique gynécologique BÉGOUIN
Clinique d'accouchements RIVIÈRE	Clinique médicale des
Anatomie pathologique et mi- PACHON	maladies des enfants MOUSSOUS
croscopie clinique SABRAZÈS	Chimie biologique et médicale. DENIGES
Anatomie PICQUÉ	Physique pharmaceutique SIGALAS
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL	Médecine coloniale et clinique
Physiologie PACHON	des maladies exotiques LE DANTEC
Hygiène AUCHÉ	Clinique des maladies
Médecine légale et déontologie. VERGER	cutanées et syphilitiques . W. DUBREUILH
Physique biologique et Clinique	Clinique des maladies
d'électricité médicale BERGONIE	des voies urinaires.. POUSSON
Chimie CHELLE	Clinique des maladies nerveuses
Botanique et matière médicale.. BEILLE	et mentales ABADIE
Pharmacie DUPOUY	Clin. d'oto-rhino-laryngologie. MOURE
Zoologie et Parasitologie. MANDOUL	Toxicologie et hygiène
Médecine expérimentale FERRÉ	appliquée. BARTHE
	Hydrologie thérapeuti-
	et climatologique... SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie) - GUYOT (Pathologie externe) - LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) - PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie. N...	Médecine générale. { CREYX
Histologie LACOSTE (chargé)	MICHELEAU
Physiologie DELAUNAY	Maladies mentales PERRENS
Anatomie pathologique. MURATET	Médecine légale LANDE
Parasitologie et Sciences natur ^{lles} . { R. SIGALAS (chargé)	Chirurgie générale { ROCHER
Physique biologique et médicale. RÉCHOU	DUVERGEY
Chimie biologique et médicale.. N.	PAPIN
Médecine générale. { MAURIAC	Obstétrique PERY
LEURET	Ophtalmologie FAUGÈRE
DUPERIÉ	TEULIÈRES
	Pharmacie N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire. CAVALIÉ	Démonstrations et préparations
Médecine opératoire... VENOT.	pharmaceutiques LABAT.
Accouchements FAUGÈRE.	Chimie. RANGIER.
Ophtalmologie CABANNES.	Pathologie interne. CREYX.
Puériculture ANDÉRODIAS.	Pathologie externe PAPIN

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. ROCHER
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et reéducation professionnelle. GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES DEUX FILLETES HÉLÈNE ET PAULETTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE D'OPHTALMOLOGIE

OCULISTE DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS BÉNIGNES DES PAUPIÈRES

ET EN PARTICULIER DU FIBROME

INTRODUCTION

L'intérêt que présentent certaines tumeurs des paupières, et particulièrement le fibrome, peut paraître minime si l'on parcourt les ouvrages d'ophtalmologie. Certains auteurs les citent comme des tumeurs peu fréquentes, d'autres n'en parlent même pas ; des affections telles que les lipomes, les granulomes, les fibromes, etc., sont, en effet, trop rares pour occuper dans la pathologie oculaire un chapitre important.

Et toutefois le diagnostic clinique est difficile à déterminer, et on hésite bien souvent jusqu'au moment où le microscope tranche définitivement la question. Ceci s'applique à toutes les tumeurs, mais surtout au fibrome, que l'on confond fréquemment avec le chalazion, mais dont le curettage ne fait que donner un coup de fouet à la tumeur. Nous en avons un exemple dans notre Observation X.

Nous allons essayer dans ces quelques pages, que nous aurions voulues bien plus documentées, surtout au point de vue anatomo-pathologique, et en nous appuyant sur plusieurs observations, dont deux inédites, d'établir une symptomatologie assez complète du fibrome pour pouvoir le différencier des autres tumeurs bénignes, du chalazion et des tumeurs malignes.

CHAPITRE PREMIER

De quelques Tumeurs rares des Paupières

Avant d'entrer dans l'étude des tumeurs fibreuses proprement dites, il nous paraît nécessaire de donner un aperçu rapide sur quelques-unes des tumeurs rares des paupières avec lesquelles le fibrome est le plus susceptible d'être confondu. Nous ne parlerons dans ce chapitre que de la symptomatologie de ces tumeurs, laissant de côté la pathogénie et le traitement. Qu'on nous permette d'y inclure, quoique cette affection ne soit pas une tumeur vraie, l'étude du chalazion, qui est certainement l'affection des paupières la plus fréquente, mais qui est aussi la plus fréquente des causes d'erreur ; car la plupart des médecins, en présence de tumeur profonde de la paupière, s'arrêtent habituellement au diagnostic de chalazion, sans chercher à savoir si cela ne pourrait pas être autre chose.

Angiomes. — Les angiomes des paupières, et surtout l'angiome fibreux, constituent un premier écueil pour le diagnostic.

« Les angiomes, dit M. le Professeur Lagrange, sont caractérisés par la dilatation et la multiplication des capillaires, avec siège de prédilection au niveau des fontanelles et des fentes branchiales. »

Ces tumeurs sont toujours congénitales et se développent lentement ; elles sont toujours indolores et n'affectent pas la santé des personnes qui en sont atteintes. La peau, qui est lisse ou mamelonnée, présente une couleur variant du rouge clair à une teinte bleuâtre, couleur changeant avec les efforts et les cris. La palpation permet de sentir une élasticité caractéristique et une certaine réductibilité, à condition, toutefois, que la masse

fibreuse ne soit pas trop développée. Elles peuvent être situées, sous maintes formes, au niveau de la peau, ou dans la profondeur des tissus, ou bien sur la conjonctive. Enfin il peut exister en même temps d'autres malformations congénitales, telles que becs-de-lièvre, colobomes.

Angiome symétrique de la conjonctive tarsale supérieure
(LOUISE ANCONA, *Annales d'oculistique*, 1909)

Sous la paupière droite de l'œil d'un enfant de deux ans s'implante une petite tumeur, de la grosseur d'une framboise. de coloration rouge vineux, de consistance molle, élastique, sessile, fixée sur la conjonctive au niveau du cul-de-sac supérieur. Même tumeur, mais de volume beaucoup plus réduit, sous la paupière supérieure gauche.....

L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'un angiome caverneux de la conjonctive.

Kystes. — Les kystes sébacés ne reliendront pas notre attention, leur diagnostic étant évident ; mais il n'en est pas de même des kystes dermoïdes.

Ils sont formés par l'enclavement d'un petit sac de peau dans les autres tissus pendant la vie embryonnaire, enclavement qui se développe ensuite à la puberté, atteignant parfois, mais ne le dépassant guère, le volume d'une prune. Leur lieu d'élection est le pourtour de l'orbite et surtout la queue du sourcil. La peau à leur niveau est absolument libre, mais ils ont des connexions intimes avec le squelette. La tumeur est indolente, dure en général lorsqu'elle est petite, molle au contraire lorsqu'elle est grosse.

Dermoïde de la paupière inférieure
(CALDERARO, *Annales d'oculistique*, 1909)

Chez une femme de cinquante-deux ans, une tumeur s'implante sur la face externe de la paupière inférieure gauche, sa moitié externe près du rebord ciliaire ; elle atteint le volume d'un œuf de pigeon. Extirpation au bistouri.

A l'examen histologique, structure typique d'un kyste dermoïde, mais on ne trouve aucune trace de glande ni de poils...

Granulomes. — Ce sont des petites masses néoplasiques, à accroissement lent et progressif, développées à la suite d'une petite plaie, soit accidentelle, soit opératoire et dont la cicatrisation se fait mal. Ils siègent tantôt sur le bord libre, tantôt sur la conjonctive. Ce sont des tumeurs rouges, lisses, molles, parfois pédiculées et dont la surface saigne assez facilement.

Granulome de la paupière

(PANAS, *Archives d'ophtalmologie*, 1902)

Une femme de vingt-huit ans se présente à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur rougeâtre, du volume d'un gros pois, lisse, molle, quelque peu translucide à son sommet... La masse néoplasique est pourvue d'un pédicule qui s'implante à la lèvre interne du bord libre.... Il en résulte que lorsque la malade ferme la paupière la petite tumeur se trouve expulsée en avant et exposée à l'air, d'où il s'ensuit parfois des saignements, peu importants d'ailleurs... Au niveau du bord libre on aperçoit une sorte d'égratignure cicatricielle, bien que la malade nie qu'elle ait jamais reçu de contusion, de piqûre ou de coupure à ce niveau, renseignements qu'on pourrait mettre en doute, étant donné que chez cette malade, probablement hystérique, les deux conjonctives sont privées de sensibilité tactile et qu'un coup d'ongle en ce point a pu passer inaperçu.

Adénomes. — Laissant de côté les adénomes des glandes pilosébacées de Krause, de Moll, nous ne parlerons que des adénomes des glandes de Meibomius qui, quoiqu'étant une affection très rare, sont presque toujours confondus avec le fibrome ou le chalazion.

Ce sont des tumeurs bénignes, développées aux dépens des épithéliums glandulaires et offrant une structure identique à celle des glandes de Meibomius.

Prenant souvent la forme de polypes, ces tumeurs ne dépassent guère la grosseur d'un œuf de pigeon et restent toujours bien limitées ; elles sont de consistance ferme, presque cartilagineuse, et indolores à la pression. De forme arrondie et à contours nets, elles n'affectent ni la peau ni les tissus profonds,

mais restent intimement unies au tarse. La peau et la conjonctive sont normales ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire

Adénome des paupières

(CABANNES, *Archives d'ophtalmologie*, 1906)

M^{me} P..., âgée de soixante-neuf ans.....

Il existait près de l'angle interne, paupière inférieure gauche, une petite tuméfaction ; la paupière ne tarda pas à s'éverser, et, sous la conjonctive enflammée, on voyait un petit nodule. Un médecin consulté porta le diagnostic de chalazion et incisa la petite tumeur ; elle saigna un peu et continua à évoluer.

A notre examen nous constatâmes d'abord un ectropion vers l'angle interne, conjonctive rouge hypertrophiée et granuleuse. A 2 ou 3 millimètres du point lacrymal et en arrière du bord libre, petite tuméfaction, qui soulevait la muqueuse..... La palpation était indolente ; elle avait une dureté cartilagineuse et le volume d'un grain de blé ; elle faisait corps avec le tarse. La peau avait sa mobilité normale. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Comme notre confrère, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un chalazion et nous extirpâmes la petite tumeur.

L'examen histologique démontra que cette production était un adénome des glandes de Meibomius.

Névrome plexiforme. — Le névrome plexiforme est une hypertrophie des gaines des nerfs. C'est une tumeur congénitale caractérisée par la triade symptomatique suivante :

1° Un ptosis oblique ovalaire externe, selon l'expression de M. le Professeur Rollet (de Lyon) ; la paupière hypertrophiée, tombant et recouvrant le globe oculaire et même parfois la paupière inférieure, la fente palpébrale étant dirigée en bas et de dedans en dehors ;

2° Des lésions osseuses, constituées parfois par des pertes de substance, d'autres fois par des hyperostoses ;

3° Enfin, la palpation permet de sentir des cordons particulièrement sinueux, durs et noueux, perçus au sein d'une masse de consistance molle.

Névrome plexiforme de la paupière supérieure

(A. MARCHI, *Archives d'ophtalmologie*, 1911)

Chez une fillette de six ans, la paupière gauche présentait, dans toute sa partie externe, une tuméfaction, qui fermait presque complètement la fente palpébrale, déplaçait le globe en bas et vers le nez et laissait sentir sous la palpation une masse plus dure, du volume d'une noisette, à cheval sur le rebord osseux temporal de l'orbite. Tumeur non adhérente à l'os, mais assez au connectif sous-cutané ; non douloureuse à la palpation, donnant l'impression de cordons assez durs, élastiques, fuyant sous le doigt.

Excision, après brèche cutanée de 4 millimètres : la partie interne de la néoplasie, trop intimement soudée au tarse, fut laissée en place en secitonnant des cordons blanchâtres de 2 à 3 millimètres de diamètre, tout à fait typiques du névrome plexiforme.

Lipomes. — A la paupière le lipome revêt les mêmes caractéristiques que dans les autres parties du corps. Il est constitué par une masse de tissu adipeux, évoluant d'ordinaire entre le muscles orbitaire et le tarse, circonscrite et habituellement encapsulée.

C'est une tumeur se développant lentement et à l'âge adulte. Elle est indolente et de consistance molle. Les tissus superficiels ne sont pas intéressés et les tissus profonds ne présentent pas d'adhérence avec la tumeur. A la palpation elle donne l'impression d'une masse lobulée.

Lipome de la paupière

(LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil*)

L... âgée de cinquante-trois ans tomba à l'âge de dix ans sur une marche d'escalier... A la suite de cette contusion, il se forma une petite tumeur, qui augmenta peu à peu, insensiblement, mais de façon constante...

Nous l'examinons aujourd'hui, 15 juin 1902, quarante-cinq ans après le début de la tumeur qui nous intéresse :

Cette tumeur est elliptique et s'étend du milieu de la paupière supé-

rière gauche vers l'angle externe, en passant par la queue du sourcil qu'elle soulève. Elle est oblique et inclinée de bas en haut et de dedans en dehors ; elle est sessile et a la forme et la grosseur de la moitié d'un œuf de dinde.

La peau est normale dans la moitié supérieure du néoplasme ; à son extrémité inférieure, au contraire, elle est rouge violacé, parcourue par de nombreuses veinules ; l'œil est constamment fermé et la paupière supérieure ne peut plus se relever naturellement.

La peau est mobile... La tumeur elle-même est molle, régulière et relativement mobile sur les plans profonds...

La palpation ne révèle aucune douleur et le malade n'a jamais souffert à ce niveau. Les signes objectifs de cette tumeur nous conduisent à admettre qu'il s'agit d'un lipome de la paupière.

Chalazion. — Le chalazion n'est pas une tumeur, c'est une hyperplasie d'une ou de plusieurs glandes de Meibomius avec prolifération de tissu jeune, due à l'infection de ces glandes.

Comme son nom l'indique ($\chi\lambda\alpha\zeta\alpha = gr_\epsilon_\lambda on$), il a une forme particulière : un dôme, dont les bords descendent presque à pic sur la paupière, formant avec celle-ci un angle de 90°. Il fait saillie en dehors ou en dedans de la paupière et est toujours situé dans la région occupée par le tarse. Simple, ou multiple, il ne reste jamais situé sur le bord de la paupière, mais est toujours à 1 ou 2 millimètres du bord de celle-ci ; d'une consistance dure, il atteint la grosseur d'un pois chiche, mais ne la dépasse guère. La peau à son niveau est indépendante, il est indolore, s'il n'est pas enflammé. Enfin, un point particulier de son évolution est sa disparition momentanée et sa réapparition quelque temps après : parfois même il s'ulcère et suppure, déterminant des réactions inflammatoires du côté de la conjonctive et de la cornée.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU FIBROME

En 1807, Scarpa, ophtalmologiste italien, différencie assez nettement les tumeurs bénignes des tumeurs malignes, mais non les tumeurs bénignes entre elles.

Desmarres, en 1854, distingue, dans les tumeurs bénignes, l'orgelet, le molluscum contagiosum, le chalazion, les tumeurs érectiles, les kystes et les tumeurs malignes, mais parmi les kystes il englobe plusieurs tumeurs qui doivent avoir une place à part. Il dit en parlant des tumeurs kystiques :

« Elles sont indolentes, parfaitement circonscrites, dures ou élastiques, sphériques ou ovalaires, mobiles ou adhérentes et contiennent diverses matières, telles que un liquide blanc ou coloré en jaune, une substance miliarique, athéromateuse, stéatomateuse ou fibreuse, ou bien toutes ces substances à la fois. »

En 1877, Abadie, passant sous silence toute description, cite comme tumeurs rares les lipomes, fibromes, etc.

C'est en 1880 que de Wecker et Landolf décrivent le fibrome dans leur *Traité d'ophtalmologie* :

« Les fibromes disent-ils, sont constitués par une hyperplasie du tissu cellulaire, moins généralisée que dans la forme précédente (éléphantiasis) et succédant moins manifestement à des altérations de nature inflammatoire. Ce sont des tumeurs presque toujours nettement circonscrites, variables dans leur consistance et leur configuration. Elles se composent essentiellement de tissu cellulaire et se développent parfois particulièrement aux dépens de la gaine des nerfs... Mais tandis que les excroissances proéminent le plus souvent vers la face épidermique de la

peau des paupières, on rencontre quelquefois des fibromes qui en occupent la profondeur en y formant des tumeurs bien circonscrites et d'une grande résistance. »

On voit, d'après cette description que si ces auteurs différencient nettement les tumeurs fibreuses de l'éléphantiasis, ils confondent encore dans une même classe, et c'est là le gros écueil du diagnostic, le fibrome pur et le névrome plexiforme.

Ce dernier a été bien décrit, en 1894, par le Professeur Panas dans son *Traité des maladies des yeux* ; il fait nettement une distinction avec le fibrome pur ; cependant, quoique cet auteur ait parfaitement vu le névrome plexiforme, il ne parle pas du fibrome dans son chapitre des tumeurs bénignes.

Ce n'est qu'en 1904 que M. le Professeur Lagrange, après avoir donné une description détaillée des tumeurs bénignes des paupières, en cite quelques-unes dont la rareté en diminue l'importance et parmi celles-là le fibrome, « en mettant bien le lecteur en garde contre la confusion du fibrome proprement dit et du névrome plexiforme. »

Depuis, plusieurs auteurs (Axenfeld) ont écrit de nouveaux Traités d'ophtalmologie, mais n'ont ajouté aucune notion nouvelle à ce qui a été fait jusqu'en 1904 sur les tumeurs bénignes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(SNELL, *Revue d'ophtalmologie*, 1899)

Snell a enlevé de la paupière supérieure d'un homme de quarante-trois ans une tumeur pédiculée de la grosseur d'une noisette. La tumeur existait depuis des années et avait grossi dans les derniers temps.

L'examen microscopique démontra qu'elle était composée de tissu fibreux, d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques et de quelques vaisseaux sanguins. La tumeur n'était pas encapsulée.

OBSERVATION II

(CARGILL, *Revue d'ophtalmologie*, 1901)

Cargill trouva chez une femme de cinquante ans, dans les deux paupières inférieures, une tumeur résistante, de forme longue, s'étendant sous le cartilage d'un angle de l'œil à l'autre; une plus petite se trouva dans la paupière supérieure gauche. Elles furent enlevées et le microscope démontra qu'elles étaient des fibromes.

OBSERVATION III

(DE LAPERSONNE et METTEY, *Archives d'ophtalmologie*, 1904)

Tumeur solide, dure, à surface blanche, du volume d'une amande, située sous la couche musculaire du sourcil, et au-dessous des fibres de l'orbiculaire, à la partie moyenne du sourcil, et mobile sur le plan osseux du rebord orbitaire. Apparue il y a sept ans chez un homme de trente-six ans. Ablation.

L'examen histologique démontra la nature fibreuse de la tumeur. Il y avait en outre des amas de cellules, qui auraient pu faire penser à un sarcome globo-cellulaire, mais qui n'étaient en réalité que le produit d'une irritation due à un traumatisme survenu dix-huit mois auparavant.

OBSERVATION IV

(BOUCHART, *Revue d'ophtalmologie*, 1905)

Bouchart cite le cas d'une femme de vingt-trois ans présentant à la partie interne de la paupière supérieure une tumeur rouge vif et du volume d'une cerise, avec pédicule lisse, pâle, muqueux. Rien à l'œil. Ablation qui permet de reconnaître qu'il s'agit d'un polype fibreux pédiculé.

OBSERVATION V

(POULARD, *Archives d'ophtalmologie*, 1908)

Malade âgée de vingt-cinq ans, albuminurique depuis longtemps, présentant, disséminées sur la peau ou mieux dans la peau de chaque

paupière inférieure, une vingtaine de petites taches blanc jaunâtre, arrondies ou ovalaires, dont les dimensions varient entre 2 et 5 millimètres de diamètre. Ces taches sont légèrement surélevées, leur surface est lisse comme la peau du voisinage. A la palpation elles sont résistantes et la compression entre les doigts ne les modifie en aucune façon. Elles donnent l'impression de petites masses aplaties et dures, comprises dans l'épaisseur de la peau. Elles sont exclusivement localisées aux deux paupières inférieures.

Leur structure est analogue à celle du fibrome.

OBSERVATION VI

(KALT, *Annales d'oculistique*, 1909)

J'ai observé cette rare affection (hypertrophie fibromateuse du bord palpébral) chez un garçon de neuf ans, qui s'est présenté récemment à mon observation avec les altérations suivantes :

Œil gauche : La paupière supérieure montre dans ses deux tiers externes une hypertrophie spéciale en forme de boudin, portant uniquement sur la portion cutanée du sol ciliaire. La tumeur est cylindroïde et présente par places de légers étranglements. Elle s'arrête au dehors au niveau de la commissure palpébrale. Son aspect est rouge brunâtre, assez clair, sans dilatations vasculaires apparentes. La surface est sèche avec quelques pellicules épidermiques. Saisie entre les doigts elle présente une consistance fibreuse et son diamètre est d'environ 3 à 4 millimètres. Le bord postérieur tranchant de la paupière n'est pas altéré. Les cils sont conservés en grande partie ; ils sont même assez longs, de teinte foncée et ne cèdent pas à une traction légère ; mais ce qui frappe surtout c'est leur dispersion. Ils s'échappent, par groupes de deux ou trois, du sein de la masse fibreuse et ces groupes, très écartés les uns des autres, sont disposés sensiblement sur deux rangées séparées par un intervalle de 1 à 2 millimètres.

Au niveau du tiers interne de la paupière le bord ciliaire a son aspect ordinaire. La face postérieure du tarse est saine. La paupière inférieure est normale.

Œil droit : La paupière supérieure présente également dans ses deux tiers externes un élargissement du sol ciliaire avec teinte brun rou-

gèâtre, à surface lisse non croûteuse. Les cils non altérés sont disposés sur deux rangées séparées par un intervalle de 1 millimètre environ. Le relief est très faible. Rien à la paupière inférieure.

La peau du reste de la face est normale. Les ganglions ne sont pas hypertrophiés.

Le début remonterait à l'âge de trois ans. L'enfant aurait eu pendant plusieurs années le bord des paupières croûteux et irrité, signe de blépharite ciliaire.

L'enfant est assez pâle et ne paraît pas de forte constitution. Il ne présente cependant pas de signe de strume ou de tuberculose.

Au début de novembre 1908 je fis une première incision d'un fragment de la tumeur parallèlement au bord libre. Le tissu se montra dur, blanc. Les cils traversaient la tumeur pour s'insérer profondément au voisinage de la surface tarsienne. La réunion se fit en l'espace de vingt-quatre heures.

Sur les coupes parallèles au grand axe de la tumeur, donc parallèles au bord palpébral et à un faible grossissement, la tumeur se décompose incomplètement en une série de lobes, constitués par du tissu fibreux, prenant très mal les réactifs colorants. Les séparations perpendiculaires à la surface libre sont marquées par des trainées de petites cellules, ainsi que par du tissu conjonctif fibrillaire escortant les gaines des poils. Ces séparations correspondent au niveau de la surface libre à des dépressions de cette surface. Ceci explique l'aspect du matelas que la tumeur présentait à l'œil nu.

A un grossissement moyen, la masse de la tumeur paraît constituée par des faisceaux analogues à ceux que l'on voit dans le tissu conjonctif adulte, sectionnés suivant toutes les incidences. Leur largeur varie entre deux et trois fois celle d'un globule blanc. Dans les intervalles on voit des cellules analogues aux cellules plasmatiques. Mais ce qui frappe, c'est que les faisceaux ne présentent aucune structure fibrillaire et se colorent avec difficulté d'ailleurs, d'une façon uniforme ; on dirait l'aspect du verre trouble....

Les vaisseaux sous forme de capillaires larges sont assez nombreux, surtout à la périphérie de la tumeur. Leur paroi n'est pas épaissie et l'endothélium est intact.

OBSERVATION VII

(VELHAGEN, *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1912)

Fibrome pédiculé de la moitié nasale de la paupière supérieure, atteignant l'extrémité supérieure du sillon naso-labial du côté gauche chez une femme de soixante ans. Malgré la présence de ce fibrome assez volumineux, la situation du bord libre de la paupière supérieure n'est pas modifiée.

OBSERVATION VIII

(CHAILLOUS, *Annales d'oculistique*, 1921)

Chaillous présente un malade atteint d'une lésion de la paupière inférieure qui date de deux ans et demi et consiste en deux nodosités, reliées l'une à l'autre par un petit pont, indépendantes de la peau et de la conjonctive, mobiles et indolores. Le diagnostic se pose entre fibrome et kyste séreux.

OBSERVATION IX INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CABANNES)

Jeanne D..., quatorze ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Varicelle, rougeole, coqueluche. Rien du côté des yeux.

Histoire de la maladie. — La malade s'est aperçue par hasard vers le mois d'avril 1922 (elle ne peut pas exactement préciser) qu'elle avait dans la paupière supérieure droite une petite grosseur du volume à peu près d'un grain de mil. Elle ne prêta à cette époque aucune attention à sa lésion, car celle-ci était absolument indolore et ne la gênait en aucune façon.

Depuis ce moment la tuméfaction a grossi régulièrement, sans arrêt, sans phénomènes inflammatoires, jusqu'au moment où elle a été opérée (9 décembre 1922). Pendant la durée de l'affection il n'y a jamais eu de rémission ni de tendance à la suppuration.

Au mois de décembre elle vient à la consultation de l'Hôpital des Enfants, non pas qu'elle soit gênée dans les fonctions de la paupière et

de l'œil, car les mouvements et la position de la paupière sont normaux et l'appareil de la vision est intact, mais par pur sentiment d'esthétique, car cette grosseur est, dit-elle, disgracieuse.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital on remarque à la paupière supérieure droite une petite tuméfaction située à la partie médiane de cette paupière et de la grosseur à peu près d'un petit pois.

La peau au-dessus de cette tuméfaction est normale ; cependant on lui trouve une légère adhérence avec la tuméfaction située au-dessous ; de plus, la grosseur ne forme pas un dôme comme dans le chalazion, elle est plutôt aplatie et allongée parallèlement au bord libre de la paupière.

Lorsqu'on la saisit entre les doigts on lui trouve une consistance dure ; elle n'est pas douloureuse, elle est mobile, libre sur les plans profonds, puisqu'on peut la mouvoir facilement dans tous les sens. De plus, lorsqu'on essaye de la mobiliser, la paupière n'est pas entraînée dans les mouvements que l'on imprime à la tumeur, ce qui prouve que la lésion est absolument indépendante du tarse, de la peau et des tissus profonds.

La paupière retournée, on ne trouve sur la conjonctive palpébrale aucun point, ni rouge, ni jaunâtre, comme dans le chalazion.

Rien à signaler dans les autres appareils. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Intervention (9 décembre, 1922) : faite par M. le Dr Montoux, sous anesthésie locale à la cocaïne ; après une incision parallèle au bord libre, on arrive presque immédiatement sous la peau, sur une enveloppe fibreuse ; dissection au ciseau et extirpation, point de suture.

En février 1923 pas de récurrence.

Examen histologique. — Les résultats nous ont été communiqués par M. le Professeur agrégé Dupérié ; il s'agit d'un tissu fibro-myxomateux.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CABANNES)

Marie G..., trois ans.

Antécédents héréditaires. — Une grand'tante, dit le père, a un cancer de l'œil ?

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Vers le mois de septembre 1922 la mère s'est aperçue de la présence d'une petite « boule » dans l'angle interne de la paupière supérieure gauche, de la grosseur à peu près d'un petit pois. En soulevant la paupière les parents avaient remarqué que la tuméfaction était beaucoup plus grosse vue par cette face ; elle était d'un rouge assez vif et striée de petites raies blanchâtres.

Le père la présenta à son médecin qui lui conseilla de la faire enlever par un chirurgien de X... Celui-ci tenta une première intervention par la face muqueuse. A la suite de cette première intervention les parents s'aperçoivent que la tuméfaction est devenue plus grosse. Il en tenta une deuxième sans résultats ; au contraire, la tuméfaction augmente alors rapidement de volume.

L'enfant ne souffrait pas, avait bon appétit, dormait bien et jouait.

Elle ouvrait son œil d'une façon incomplète et pour regarder elle penchait la tête du côté de l'œil malade ? Les parents disent qu'à ce moment elle louchait un peu. La vision était normale.

Amenée à la consultation de l'Hôpital des Enfants, elle est opérée le 9 décembre 1922 par M. le Professeur Cabannes.

Examen histologique. — Il s'agit d'un tissu fibromateux avec prolifération cellulaire et nucléaire active. Vaisseaux rares à parois propres.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Le fibrome de la paupière est une néoplasie bénigne, constituée par du tissu conjonctif adulte de nouvelle formation, mais, comme pour les fibromes des autres régions, sa pureté histologique est une chose excessivement rare et nous n'avons pas la prétention dans nos observations de ne publier que des cas de fibromes absolument purs.

Les symptômes qu'il présente ne sont pas bien nombreux et nous laissent bien souvent dans le doute ; on n'en fait pas fermement le diagnostic, on le devine plutôt.

Les troubles subjectifs qui l'accompagnent, en effet, sont insignifiants ; à part une certaine gêne de la paupière, lorsque la tumeur atteint un volume trop grand, ils sont à peu près nuls et si le malade demande une intervention c'est plutôt par coquetterie qu'en raison de la gêne. Il en est de même des symptômes objectifs, la peau recouvrant la tumeur étant saine et la conjonctive palpébrale indemne.

Toutefois lorsqu'on examine une paupière atteinte de fibrome, on s'aperçoit par la seule inspection qu'il existe quelque part dans les tissus une tuméfaction n'atteignant jamais un bien gros volume (celui-ci varie d'après nos observations entre le volume d'une lentille et celui d'une noisette) et dont la forme est toujours assez régulière, qu'elle soit sphérique, ovalaire, en forme de boudin ou de molluscum. Nous voulons dire par là que, contrairement aux tumeurs malignes, qui s'infiltrant toujours de proche en proche, formant des tumeurs à contours plus ou moins sinueux et indéfinis, le fibrome a toujours un contour net à bords toujours bien limités.

Il peut exister encore, et c'est le cas dans notre Observation X, du ptosis, mais de cause purement mécanique et dû simplement à l'entraînement de la paupière par le poids de la tumeur.

Vue par sa face externe, la paupière au niveau de la peau ne présente aucune modification ; vue par sa face interne, la conjonctive n'est pas modifiée dans sa composition ; elle est tendue sur la tuméfaction et lorsque cette distension est suffisante on peut voir par transparence les tissus sous-jacents.

Lorsqu'on palpe cette tumeur on a la sensation d'appuyer le doigt sur quelque chose de consistance dure, ligneuse, ne se laissant pas déprimer et non animée de battements. Ici mieux encore qu'à l'inspection on se rend compte de la netteté des limites de la tuméfaction. De plus, cette palpation ne détermine jamais de douleur.

Si l'on vient à mobiliser doucement un fibrome, on n'imprime pas à la paupière les mêmes mouvements que l'on fait accomplir à la tumeur, ce qui démontre qu'elle ne fait pas corps avec le tarse et qu'elle est dépourvue de toute adhérence avec les ligaments et les muscles ; de plus, elle roule facilement sur les plans profonds, ce qui prouve que le squelette n'est pas intéressé. Les plans sus-jacents ne font pas partie non plus de la lésion, et si on pince la peau dans le but de la séparer de la tumeur, on n'éprouve pas la difficulté que l'on a par exemple à séparer de la glande la peau du sein, lorsqu'il existe en dessous une tumeur maligne. On sent dans ce cas qu'elle est intimement accolée à la tumeur et qu'il est absolument impossible de la décoller. Ici, malgré parfois quelques brides, on arrive tout de même avec assez de facilité, tout au moins lorsque la tumeur est située dans le tissu cellulaire, à isoler la peau du corps de la tumeur.

Une recherche qu'il ne faut pas négliger de pratiquer, et qui est d'un gros point pour établir le diagnostic, c'est l'exploration des ganglions pré-auriculaire et sous-maxillaire. Toujours engorgés dans le cas de tumeurs malignes, bien souvent en cas de syphilis, d'affection microbienne ou parasitaire, ils sont toujours indemnes lorsqu'on se trouve en présence d'hyperplasie fibreuse.

L'évolution de la lésion est aussi un fait dont nous devons tenir compte ; les tumeurs fibreuses, en effet, ont une évolution lente ; elles mettent parfois des mois à atteindre les volumes que nous avons cités, parfois même des années. D'autres fois elles restent stationnaires pendant un certain temps et ne recommencent à augmenter de volume que sous des causes diverses, traumatismes, infections, etc. Mais pendant leur temps d'arrêt elles ne régressent jamais. Malgré cet accroissement, les tissus voisins ne sont pas lésés ; la tumeur ne les envahit pas en les modifiant, elle les refoule, tout en restant toujours bien limitée et encapsulée.

Il n'y a pas de généralisation il n'y a pas non plus de métastases et lorsque la tumeur est extirpée d'une façon complète, elle ne récidive pas ; l'état du malade pendant l'évolution de la lésion n'est jamais altéré.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous est-il possible, en présence d'une tumeur de la paupière, et par l'aide seule de la clinique, de donner à cette lésion l'étiquette qui lui convient? Les erreurs fréquentes des médecins, et même des plus avertis, nous prouvent le contraire. Notre but dans ce chapitre est d'essayer, par les moyens que nous avons en notre pouvoir en face d'un malade, de différencier ces tumeurs entre elles.

Pouvons-nous, par exemple, confondre le fibrome avec une tumeur maligne? Nous n'en avons pas le droit; cette confusion aurait pour le malade des conséquences désastreuses, car si on laissait évoluer une tumeur maligne, elle le conduirait fatalement à la mort. Ces deux ordres de tumeurs ont des caractères bien distincts et nous ne serions pas pardonnable de les méconnaître. Elles diffèrent par plusieurs points :

1° Par la forme et les limites : les tumeurs malignes ont des formes absolument irrégulières et la palpation n'arrive pas à délimiter exactement les tissus sains des tissus malades. Le fibrome a des contours nets et réguliers ;

2° Par la mobilité : s'ils sont nés dans le tissu cellulaire, les fibromes peuvent se déplacer dans tous les sens ; au contraire, les tumeurs malignes sont fixées par des attaches solides aux muscles, aux ligaments, au tarse, au squelette ou à la peau, dont la surface est parfois ridée et comme tirée vers l'intérieur par ses connexions avec la tumeur. Si on essaye donc de les mobiliser on mobilise toute la paupière.

3° Par l'évolution : les fibromes ont une marche lente et n'atteignent jamais un bien gros volume ; de plus, ils restent can-

tonnés dans la paupière où ils ont pris naissance. Les tumeurs malignes augmentent rapidement de volume, soit d'une manière continue soit par à coups et gagnent vite en profondeur, envahissant l'œil entier. Elles ont aussi une tendance à s'ulcérer. Nous n'avons pas trouvé d'exemple de fibrome ulcéré.

4° Par l'état des ganglions : toujours hypertrophiés, et c'est là un signe capital, dans le cas d'épithélioma, ils ne le sont jamais dans le cas de fibrome. Si, par conséquent, la palpation nous fait sentir un ganglion pré-auriculaire et des ganglions sous-maxillaires tuméfiés nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit pas de fibrome.

5° Par l'état de la santé générale : la santé n'est jamais altérée par la présence d'un fibrome de la paupière et nous voyons dans nos observations des fibromes datant de plusieurs années (sept ans dans l'Observation III) n'ayant jamais incommodé le sujet. Il n'en serait pas de même s'il présentait une tumeur maligne. Aux douleurs intolérables qu'elles engendrent lorsqu'elles envahissent le globe, viennent s'ajouter, à un stade assez avancé, de l'amaigrissement, de la pâleur des téguments, et enfin survient avec les métastases la cachexie cancéreuse et la mort lamentable du sujet.

Mais s'il nous est assez facile de différencier le fibrome des tumeurs malignes, nous nous trouvons devant de grosses difficultés quand il s'agit de le distinguer de certaines tumeurs bénignes. Nous n'envisagerons ici que les tumeurs dont nous avons parlé, car il ne nous semble pas permis d'hésiter devant les autres.

Les angiomes simples ne nous arrêteront pas, car la couleur de la peau, le degré de réductibilité qu'ils présentent, imposent le diagnostic. Mais, par contre, quand ils sont profonds et imprégnés de tissu fibreux, qui masque en grande partie les symptômes précédents, l'hésitation est permise. Toutefois en tenant compte de leur situation (les angiomes siègent au niveau des fontanelles et des fentes branchiales), de la coexistence possible de petits nævi dans ces régions, de malformations congénitales, et, comme le dit Axenfeld, « de la tendance qu'ils ont,

lorsqu'ils ne sont pas encapsulés, à s'accroître et à s'étendre aux parties avoisinantes de la face ainsi qu'au tissu orbitaire », nous pouvons éliminer l'idée de fibrome.

Les kystes dermoïdes, quand ils sont petits, peuvent en imposer pour un fibrome, car ils sont indolents, durs et bien délimités. Cependant leur position sur le pourtour de l'orbite et surtout à la queue du sourcil permettra de penser d'abord aux kystes dermoïdes, diagnostic qui sera confirmé, lorsque par la palpation on se sera assuré que la tumeur présente avec le squelette des attaches profondes.

L'évolution n'est pas la même dans les deux cas, Les fibromes se développent à n'importe quel moment de la vie, les kystes dermoïdes tout en existant à la naissance, ne commencent leur accroissement qu'à la puberté, c'est-à-dire au moment où le système tégumentaire atteint son complet développement; jusqu'alors ils restent ce qu'ils étaient à la naissance.

Il est assez facile d'éliminer le diagnostic de granulome et de lipome. Dans le premier cas, la notion de plaie précédant l'apparition de la tuméfaction, la situation plus fréquente sur le bord libre ou sur la conjonctive, la fragilité de ces tumeurs nous empêcheront de faire le diagnostic de fibrome. Quant au lipome, affection peut-être encore plus rare à la paupière que le fibrome, il est facilement reconnaissable à sa consistance molle et à sa forme lobulée.

L'adénome des glandes de Meibomius est d'un diagnostic bien plus difficile. Il ressemble au fibrome par tous ses signes, indolence, consistance dure, netteté de ses limites, indépendance de la peau et des tissus profonds; mais il en diffère par un signe qui nous autorisera à penser à l'adénome : le fibrome est une tumeur mobile, l'adénome est une tumeur fixe; étant né et développé dans le tarse, si on essaye de le mobiliser, on mobilise en même temps le tarse, c'est-à-dire toute la paupière.

Comme l'adénome, auquel il ressemble beaucoup par sa situation et sa forme, le chalazion peut être confondu avec le fibrome. Toutefois, outre le signe précédent, c'est-à-dire l'immobilité, le chalazion présente une évolution différente de celle du fibrome.

Le fibrome s'accroît progressivement, le chalazion au contraire présente des hauts et des bas : après avoir grossi, jusqu'à atteindre le volume d'un pois chiche et même d'une noisette, à la faveur d'une poussée inflammatoire, il régresse ensuite presque au point de disparaître complètement, jusqu'au moment où une nouvelle poussée le fera grossir de nouveau. De plus, lorsqu'on examine un chalazion par la face tarsale de la paupière on peut apercevoir à travers la conjonctive un point jaunâtre ou rouge, signe de l'existence du chalazion. Enfin, quoique ce soit là un fait assez rare, le chalazion peut se faire jour à travers la conjonctive et être ainsi l'occasion de suppuration interminable ou même de guérison. Nous avons vu que le fibrome ne s'ulcère jamais.

Le névrome plexiforme, véritable fibrome des gaines des nerfs, constitue certainement dans le diagnostic le plus gros écueil, et la palpation seule nous permettra de le distinguer du fibrome. Ce dernier présente dans toute son étendue une consistance assez homogène, le névrome plexiforme nous donnera la sensation d'une masse emphysémateuse, « on croirait palper, dit le Professeur Panas, un édredon de plumes », au sein de laquelle nous sentirons des cordons durs et sinueux, tableau clinique que l'on a comparé à des paquets de ficelles, à des boyaux de chat, à des amas de vers lombricoïdes. Si, de plus, la tumeur a débuté dans la région temporale et de là s'est propagée à la paupière en suivant le trajet du nerf facial, et si en même temps nous constatons des lésions osseuses, soit des pertes de matière, soit au contraire des hyperostoses, nous n'aurons plus de doute et nous pourrons à coup sûr faire le diagnostic de névrome plexiforme.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, les fibromes sont ainsi constitués : à l'extérieur ils sont entourés d'une capsule résistante bien distincte des tissus voisins, ce qui permet au chirurgien de les séparer facilement de ces derniers. La masse de la tumeur, généralement de volume assez réduit et de forme arrondie, est de couleur grise ou nacrée.

Au microscope, le tissu des fibromes ressemble tout à fait au tissu sain, à tel point que lorsqu'on en examine le centre, il est très difficile de dire si l'on a affaire à un tissu normal ou à un tissu malade. Il est constitué par des fibres conjonctives entre lesquelles se situent des cellules allongées. Cette disposition n'est pas toujours régulière et les deux ordres d'éléments ne sont pas toujours dans les mêmes proportions. Certains possèdent des fibres larges et des éléments cellulaires peu abondants, d'autres, au contraire, ont des fibres ténues et abondent en éléments cellulaires. Les deux aspects d'ailleurs peuvent être observés sur la même tumeur.

Lorsqu'il examine une tumeur, mais à condition toutefois qu'elle soit typique, l'anatomo-pathologiste n'hésitera pas. En présence d'un tissu sillonné par des vaisseaux dilatés, gorgés de sang et adhérant intimement au tissu adjacent, le diagnostic d'angiome s'imposera.

Le kyste dermoïde déjà reconnu pendant l'opération à la friabilité de sa capsule externe et à l'écoulement de la matière sébacée qu'il contient, présentera sous le microscope une membrane formée de cellules stratifiées, identiques à celles de l'épiderme,

et jalonnée de temps en temps de poils excessivement fins, avec leurs glandes pilo-sébacées. On y trouve encore des glandes sudoripares et même, d'après Fuchs, des dents.

Les granulomes possèdent un stroma formé de rares cloisons conjonctives, renfermant un grand nombre de cellules embryoplastiques rondes, à noyau unique ou en voie de division.

Les adénomes sont caractérisés par la prolifération des cellules épithéliales glandulaires, qui conservent à peu près leurs caractères normaux. Le tarse, qui forme le stroma de la glande et qui est irrité par la néo-formation épithéliale, prolifère à son tour.

Quant aux lipomes, formés aux dépens du tissu adipeux, ils présentent histologiquement les mêmes caractères que lui. Les cellules adipeuses, claires, remplies de graisse qui refoule le noyau à la périphérie, forment des lobules séparés par des travées fibro-vasculaires.

Enfin le névrome plexiforme caractérisé à l'œil nu par la présence de cordons blancs, entourés d'un tissu lâche et plus ou moins rouge selon la vascularisation, permet de voir au microscope une hypertrophie limitée à la gaine des nerfs, et surtout, d'après Audry, à la partie interne de ces gaines. Ce développement vers l'intérieur entraînerait selon Kalt une atrophie plus ou moins complète des filets nerveux, ce qui a permis à Marchand de considérer le névrome plexiforme comme un fibrome véritable de la gaine des nerfs.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il en existe deux modes :

- 1° Un traitement médical,
- 2° Un traitement chirurgical.

Le traitement médical consistera en une application de rayons X ou émanant du radium. Il nous semble que ce traitement doive être réservé aux personnes peureuses et qui refusent formellement l'intervention chirurgicale.

Celle-ci doit être ici le procédé de choix ; en quelques minutes (nous n'envisagerons pas les suites opératoires, car depuis les progrès de l'antisepsie, les craintes d'infection ont à peu près disparu) le bistouri fait disparaître une tumeur que le traitement précédent mettrait des semaines à guérir.

Technique. — Il n'est pas même besoin de pratiquer l'anesthésie générale, quelques injections de cocaïne à 1 ou 2 pour 100 sur le pourtour de la tumeur et l'anesthésie de la région sera suffisante pour intervenir.

On incise la paupière dans le sens de la longueur, sur la face interne ou externe, selon que la tumeur proémine vers l'intérieur ou vers l'extérieur ; autant que possible il vaut mieux passer par la face interne, afin d'éviter une cicatrice externe, par conséquent visible. On dissèque au ciseau ou à la sonde cannelée tout le pourtour de la tumeur, en coupant toutes les brides qui la retiennent aux tissus voisins.

On peut suturer par deux ou trois points à la soie si on a

opéré par la face externe. Si on est intervenu pas la face tarsale il est inutile de suturer ; il ne serait même pas prudent de le faire, les points de suture constituant pour la cornée et la conjonctive un corps étranger dangereux et douloureux.

CONCLUSIONS

Nous n'avons pas voulu dans ce travail faire une étude approfondie de toutes les tumeurs de la paupière, cela nous aurait entraîné beaucoup trop loin. Dans le premier chapitre nous nous sommes contenté de donner une description rapide de quelques tumeurs bénignes, voisines du fibrome par leurs signes cliniques.

Dans le deuxième, nous avons noté ce qui a été fait sur le fibrome pendant le siècle dernier et le siècle actuel. Nous y avons ajouté les observations que nous avons recueillies dans les divers ouvrages d'ophtalmologie et deux observations inédites.

Dans le chapitre III nous avons établi la symptomatologie du fibrome aussi complète que nous l'avons pu.

Le quatrième chapitre a été réservé au diagnostic différentiel du fibrome avec ces quelques tumeurs bénignes dont nous avons parlé; et enfin dans les deux derniers nous avons décrit très brièvement l'anatomie pathologique et le traitement.

Avons-nous atteint notre but, qui est de différencier cliniquement le fibrome des tumeurs bénignes? Nous n'osons trop l'espérer, car l'obstacle est parfois insurmontable; les signes de ces tumeurs se réduisent fréquemment à bien peu de chose, et la seule ressource pour le médecin devant ces cas difficiles réside souvent uniquement dans la finesse de son appareil tactile. Toutefois, par une palpation attentive et en tenant compte, s'ils existent, des signes dont nous avons déjà parlé, nous arriverons peut-être, non pas à une certitude absolue, mais à de grandes présomptions en faveur d'une lésion.

L'anatomo-pathologiste, d'ailleurs, nous dira ensuite exactement à quelle lésion nous avons affaire et nous serons fort probablement encore à temps d'instituer un traitement supplémentaire si nous le jugeons utile.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

F. LAGRANGE

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 19 juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- PARISOTI. — Les tumeurs bénignes de la conjonctive. *Recueil d'ophtalmologie*, 1884.
- KALT. — Hypertrophie fibromateuse du bord palpébral. *Annales d'oculistique*, 1909.
- VELHAGEN. — Une forme rare de molluscum fibreux de la paupière. *Central. fur. praktische Augenheil.*, 1912; *Annales d'oculistique*, 1912.
- CHAILLOUS. — Fibrome de la paupière. *Annales d'oculistique*, 1921.
- POULARD. — Fibromatose nodulaire des paupières. *Arch. d'opht.*, 1918.
- DE LAPERSONNE et METTEY. — Fibrome de la paupière et du sourcil. *Archives d'ophtalmologie*, 1904.
- CALDERARO. — Dermoïde de la paupière inférieure. *Annales d'oculistique*, 1909.
- ANCONA (Louise). — Angiome symétrique de la conjonctive tarsale. *Annales d'oculistique*, 1909.
- PANAS. — De certaines tumeurs bénignes. *Archives d'ophtalmologie*, 1902.
- CABANNES. — Adénome des glandes de Meibomius. *Arch. d'opht.*, 1906.
- LAGRANGE. — Lipome de la paupière. *Traité des tumeurs de l'œil*, 1904.
- *Traité des tumeurs de l'œil et de ses annexes*, 1904.
- MARCHI (A.). — Névrome plexiforme de la paupière supérieure. *Archives d'ophtalmologie*, 1911.
- SCARPA. — *Traité des maladies des yeux*, 1807.
- DE WECKER. — *Traité d'ophtalmologie*, 1880.
- AXENFELD (Th.). — *Traité d'ophtalmologie*, 1914.
- FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*, 1879.
- PANAS. — *Maladies des yeux*, 1894.
- DESMARRES. — *Traité des maladies des yeux*, 1854.
- ABADIE. — *Traité des maladies des yeux*, 1876.
- SNELL. — Large fibrome de la paupière supérieure. *Transact. ophtal. Society, Revue d'ophtalmologie*, 1899.
- CARGILL. — Les fibromes des paupières. *Transact. ophtalm. Society, Revue d'ophtalmologie*, 1901.

JOSSO. — Tumeur du bord libre de la paupière (fibrome). *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1879.

MATTIOLI. — Tumore fibrosa della palpebra inferiore, originato da un corpo straniero intra-orbitale. *Index medicus*.

DE SCHWEINITZ. — Fibroma of upper eyelids. *Transac. Path. Society Philadel.* 1885-1887.

DE LAPERSONNE. — Le traitement des tumeurs des paupières par le radium. *Archives d'ophtalmologie*, 1919.

